様式第1号（第3条、第6条関係）

階上町乳幼児医療費受給資格認定（更新）申請書（兼同意書）

年　　月　　日

階上町長　宛て

（保護者）
住　所　階上町

ふりがな
氏　名　　印

電　話

（日中連絡できる番号　　父　・　母　）

個人番号

階上町乳幼児医療費給付条例第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

	ふりがな 氏　名 個人番号	生年月日	続　柄
対象者		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

	保険の種類	保　険　者	付加給付の有無	記号・番号
加入保険				

資格証番号	

受給資格の認定申請及び毎年度の受給資格の更新にあたり、公簿等に関する情報を確認することに同意します。

（保護者）氏　名　　印